

Witold Olański ¹⁾, Wojciech Dębek ¹⁾, Ewa Dzienis-Koronkiewicz ¹⁾, Artur Weremijewicz ¹⁾,
Agnieszka Szreniawska ²⁾

NAKŁUCIE PRENATALNE JAKO PRZYCZYNA KRWAWIENIA DO TORBIELI SMÓŁKOWEJ

¹⁾ Z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku

Kierownik: doc. dr hab. W. Dębek

²⁾ Z Zakładu Diagnostyki Obrazowej SP DSK Akademii Medycznej w Białymstoku

Kierownik: dr J. Oleński

Słowa kluczowe: smółkowe zapalenie otrzewnej, perforacja płodowa, punkcja prenatalna, torbiel smółkowa.

Przedstawiono opis przypadku krwawienia do światła torbieli smółkowej u noworodka urodzonego w 30-tym tygodniu ciąży drogą cięcia cesarskiego, u którego w przeddzień porodu wykonano punkcję torbieli.

W pierwszej dobie życia noworodka operowano z powodu krwawienia do jamy brzusznej. Ze względu na ciężki stan dziecka zabieg ograniczono do ewakuacji skrzepów i zhemolizowanej krwi ze światła torbieli oraz jej drenażu.

W drugim etapie torbiel prawie w całości resekowano i zaopatrzone miejsce perforacji płodowej jelita. Pacjent został wypisany w 67-ej dobie leczenia. Prenatalne zabiegi u płodu powinny być poprzedzone wnikliwą analizą wskazań i przeciwwskazań z udziałem chirurgów dziecięcych.

WSTĘP

Smółkowe zapalenie otrzewnej (SZO) jest aseptycznym zapaleniem, spowodowanym wydostaniem się smółki do jamy otrzewnej w okresie życia płodowego [1, 2]. Może przybierać ono różną postać, przebiegającą z objawami niedrożności przewodu pokarmowego, jak i bez tych objawów. Odpowiedź organizmu na obecność smółki w jamie otrzewnej może być różna, co prowadzi do powstania trzech podstawowych postaci SZO:

- a) smółkowego zlepowo-adhezyjnego zapalenia otrzewnej,
- b) smółkowego torbielowatego zapalenia otrzewnej,
- c) postaci uogólnionej smółkowego zapalenia otrzewnej.

Smółkowe torbielowate zapalenie otrzewnej powstaje, gdy miejsce perforacji nie jest uszczelnione, czego efektem jest wytworzenie się cienkościennej pseudotorbieli, w świetle której znajduje się smółka. Leczenie chirurgiczne SZO jest wymagane

w sytuacji kiedy występują objawy zapalenia otrzewnej, niedrożności przewodu pokarmowego lub obecność torbieli. SZO bez cech niedrożności lub odmy otrzewnowej nie jest bezwzględny wskazaniem do interwencji chirurgicznej [2, 3]. W trakcie diagnostyki prenatalnej (badanie USG) możliwe jest ustalenie właściwego rozpoznania SZO [4].

Jednym ze sposobów postępowania w okresie prenatalnym jest dekompresja ucisniętych płuc, poprzez nakłucie i aspirację zawartości jamy otrzewnej płodu – co może pozwolić na prawidłowy rozwój płuca, a także redukcję stanu zapalnego w jamie otrzewnej [5].

OPIS PRZYPADKU

Do Oddziału Intensywnej Terapii S.P. Dziecięcego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Białymstoku przyjęto noworodka w 1-ej dobie życia, urodzonego z ciąży II, porodu II. Ciąża w 12 tygodniu była powikłana krwawieniem z dróg rodnych.

Badaniem USG rozpoznano wodobrzusze u płodu. W 30-tym tygodniu ciąży, w oddziale położniczym wykonano punkcję wewnątrzmaciczną torbieli płodu. Ciężę rozwiązano w następnej dobie drogą cięcia cesarskiego, ze względu na skrajnie nieprawidłowe zapisy USG i KTG.

Noworodek urodził się z masą ciała 2320g. W 1-ej minucie życia jego stan oceniono na 2 punkty w skali APGAR. Dziecko zaintubowano, podjęto resuscytację i przeniesiono do OIO-N, gdzie obserwowano narastające zaburzenia oddechowe, olbrzymie wodobrzusze i poszerzoną siatkę naczyń powłok brzucha. Badanie USG wykazało dużą ilość gęstego płynu w jamie otrzewnej. Na zdjęciu przeglądowym a-p brzucha - stwierdzono brak upowietrzenia jelit oraz liczne zwapnienia (ryc. 1). Badanie morfologiczne krwi wykazało cechy anemizacji.

W tym samym dniu noworodka przekazano do Kliniki Chirurgii Dziecięcej AMB, gdzie w trybie nagłym wykonano zabieg operacyjny, z powodu objawów krwawienia do jamy otrzewnej. Śródoperacyjnie stwierdzono olbrzymią torbiel, wypełniającą prawie całą jamę brzuszną, spychającą posklejane jelita do miednicy małej. Światło torbieli było wypełnione znaczną objętością zhemolizowanej krwi, skrzepów i smółki - około 250 ml (ryc. 2). Nie znaleziono źródła krwawienia, które prawdopodobnie znajdowało się we wnęce wątroby. Ze względu na ciężki stan dziecka zabieg ograniczono do ewakuacji zawartości torbieli i jej drenażu.

Po 10 dniach przeprowadzono relaparotomię. Resekowano około 2 ściany torbieli, ewakuowano skrzepy krwi i smółkę, znaleziono punktowe miejsce perforacji na jelicie krętym około 10 cm od zastawki Bauhina. Miejsce perforacji zaopatrzono, uwolniono jelita ze zlepek, nie stwierdzono niedrożności przewodu pokarmowego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W obrazach USG utrzymywała się niewielka przestrzeń płynowa w okolicy prawego pła-

ta wątroby, która stopniowo ulegała resorpcji (ryc. 3). Dziecko wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym w 67-ej dobie po operacji.

OMÓWIENIE

Diagnostyka w okresie prenatalnym i tuż po urodzeniu ma istotne znaczenie dla przebiegu pooperacyjnego u noworodków ze smółkowym zapaleniem otrzewnej. U około 10-30% noworodków stwierdza się występowanie mukowiscydozy u członków rodziny. Badania genetyczne z materiału uzyskanego przez amniocentezę pozwalają na ustalenie rozpoznania [1].

Zastosowanie badań ultrasonograficznych może pozwolić na rozpoznanie zwapnień, rozdęcia pętli jelitowych, obecności tworów torbielowatego oraz wielowodzia, które występuje w około 20% przypadków niedrożności smółkowej [1, 4, 5, 6]. Znaczne wodobrzusze oraz nadciśnienie płucne u płodu, mają istotny wpływ na wskaźnik przeżycia noworodków ze smółkowym zapaleniem otrzewnej. Wykonane w okresie prenatalnym badanie USG płodu jest więc niezwykle pomocne w ustaleniu rozpoznania oraz sposobu leczenia. Prenatalna paracenteza pozwala na dekompresję płuc, redukuje toczący się w jamie otrzewnej proces zapalny, obniża ciśnienie w jamie otrzewnej, poprawiając tym samym krążenie trzewne [5].

Zabieg na płodzie, wykazującym obecność torbieli w jamie brzusznej, musi być poprzedzony staranną analizą wskazań i przeciwwskazań. W ich określeniu powinien uczestniczyć między innymi chirurg dziecięcy. Wykonana w opisywanym przypadku punkcja torbieli płodu była zbędna, natomiast stała się prawdopodobnie przyczyną masywnego krwawienia do jej światła. Stan ten mógł spowodować zaburzenia krążenia płodowego, co miało odbicie w zapisie KTG i w konsekwencji było powodem wcześniejszego rozwiązania ciąży.

WNIOSKI

1. Planowanie wszelkich zabiegów na płodzie powinno uwzględnić udział odpowiednio wyszkolonych chirurgów dziecięcych, zarówno w kwalifikacji jak i wy-



Ryc. 1. Zdjęcie rtg jamy brzusznej a-p w 1 dobie życia. Widoczny brak upowietrznienia jelit i zwapnienia w obrębie jamy otrzewnej.

Fig. 1. X-ray examination (a-p) on first day of life. The air-free intestinal loops, calcifications in the peritoneum are visible.

konaniu zabiegu.

2. Wykonane w tym przypadku nakłucie prenatalne było zbędne, natomiast spowodowało na matkę i dziecko poważne ryzyko powikłań.

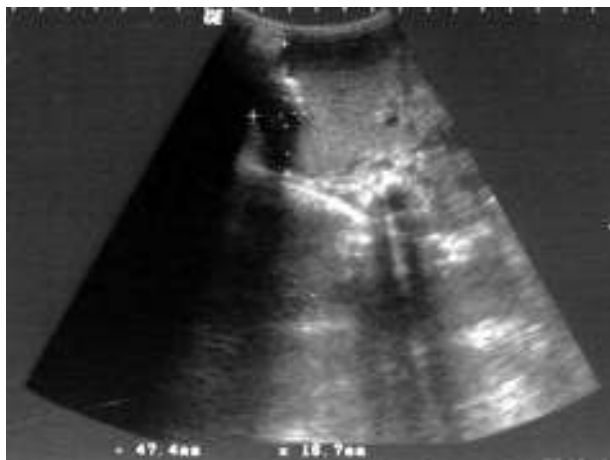


Ryc. 2. Zdjęcie śródoperacyjne. Widoczny brzeg pseudotorbieli i skrzepy krwi, smółka i zwapnienia.

Fig. 2. Intra-operative view. The edge of the meconium cyst. The blood clots, meconium and calcification in the cyst lumen.

Ryc. 3. Badanie kontrolne USG jamy brzusznej po operacji. Widoczna resztkowa torbiel w okolicy prawego płata wątroby.

Fig. 3. Control ultrasound 1 month after operative treatment. Nearby the right liver lobe a small fragment of pseudocyst is visible.



PIŚMIENNICTWO

1. *Baglaj M.*: Niedrożność smółkowa jelita, w: Chirurgia dziecięca, (red.) Czernik J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
2. *Hor I.*: Smółkowe zapalenie otrzewnej, w: Chirurgia noworodka, (red.) Kaliciński P. Invest-Druk, Warszawa 2004.
3. *Fasoli L., Campagnola S.*: Meconium ileus. A clinical contribution. *Minerva Chir.*, 1999, Dec., 54 (12), 855.
4. *Eckoldt F., Heling K.S., Woderich R., Kraft S., Bollmann R., Mau H.*: Meconium peritonitis and pseudo-cyst formation: prenatal diagnosis and post-natal course. *Prenat. Diagn.*, 2003, Nov., 23 (11), 904.
5. *Shyu M.K., Shih J.Ch., Lee Ch.N., Hwa H.L., Chow S.N., Hsieh F.J.*: Correlation of prenatal ultrasound and postnatal outcome in meconium peritonitis. *Fetal Diagn. Ther.*, 2003, 18, 255.
6. *Casaccia G., Trucchi A., Nahom A., Aite L., Lucidi V., Giorlandino C., Bagolan P.*: ????? - tytuł . *Pediatr. Surg. Int.*, 2003 Apr., 19 (1-2), 75.

Witold Olański, Wojciech Dębek, Ewa Dzieńis-Koronkiewicz, Artur Weremijewicz, Agnieszka Szreniawska

PRENATAL PUNCTURE AS A CAUSE OF HEMORRHAGE TO MECONIUM CYST

Key words: meconium peritonitis, prenatal perforation, prenatal puncture, meconium cyst.

This is a case presentation of hemorrhage to the lumen of meconium cyst in a pre-term neonate (30 weeks of gestation), born by cesarean section, which had intrauterine puncture of that cyst the day before birth.

In the first day of life the neonate was operated on because of massive intra-abdominal hemorrhage. The operation was focused only to evacuation of cloths and hemolysed blood from the cyst and its drainage because of severe condition of the child.

In the second stage of treatment the cyst was almost completely excised and surgeons sutured up site of prenatal intestinal perforation. The patient was discharged from the hospital 67 days after the first operation. The conclusion is that intrauterine operations on the fetus should be conducted after meticulous analysis of indications and contraindications with participation of pediatric surgeons.

Adres autorów:

Klinika Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku
Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa
ul. Waszyngtona 17
15-274 Białystok